

ASS

Risiken bei Primärprävention der KHK

Während der Nutzen von ASS zur Akutbehandlung und Sekundärprävention u.a. des Herzinfarktes anerkannt ist, bleiben auch heute noch Fragen offen, bei welchen Patienten ASS zur Primärprävention bei KHK sinnvollerweise einsetzbar ist. In einem Kommentar zu einer neuen Studie (Thrombosis prevention trial) bei durchschnittlich 57jährigen Männern mit erhöhtem Risiko (u.a. Gesamtcholesterin 6,4 mmol/l) wird herausgestellt, daß

- sich positive Ergebnisse derzeit nur auf männliche Patienten beziehen,
- nur Hochrisikopatienten von der Einnahme profitieren, denn bei niedrigem kardialen Risiko könnten die Risiken (GI-Nebenwirkungen bis hin zu – seltenen – zerebralen Blutungen) den Nutzen übersteigen,
- bei leicht erhöhtem Risiko selbst preisgünstige Maßnahmen wie die Gabe von ASS (im Vergleich zu den Statinen) nur einen marginalen Effekt erzielen,
- zur Reduktion der Herzinfarktrate ASS ähnlich gut wirksam ist wie die Statine, Coumarinderivate aufgrund ihres Risikos jedoch zur Primärprävention nur Mittel der 2. Wahl sind,
- Reduktion der bekannten Risikofaktoren weiterhin primäres Ziel bleibt.

Quelle: Lancet 1998; 351: 227 und 233

MELOXICAM

UAW an der Haut und am GI-Trakt

Dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) liegen derzeit 50 Berichte über Verdachtsfälle unerwünschter Wirkungen von Meloxicam (Mobic®) vor. Sie sind alle typisch für die Gruppe der Nicht-steroidalen Antiphlogistika (NSAID): gastrointestinale Nebenwirkungen, allergische Hautreaktionen bis hin zum Stevens-Johnson-Syndrom, anaphylaktische Reaktionen und Fälle von Nierenversagen. Das Institut sah sich zu der Aussage veranlaßt, daß Meloxicam keine besonders ausgeprägte und spezifische Selektivität gegenüber der

COX 2 (Cyclooxygenase 2, induziert bei Entzündungsreizen) zu besitzen scheint. Die vom Hersteller postulierte Überlegenheit von Meloxicam gegenüber anderen NSAIDs bedarf einer Überprüfung durch epidemiologische Studien.

Quelle: Pharm. Ztg. 1998; 143: 1093

Anmerkung:

Die klare Aussage der Überwachungsbehörde wird, wie bereits erwähnt, auch von der AkdÄ vertreten und bestätigt. Praxiserfahrungen insbesondere von Rheumatologen, nach denen Unverträglichkeiten von Antirheumatika eher individuell bedingt als substanzabhängig sind.

IMPFPFEHLUNGEN

Neu überarbeitet

Die Ständige Impfkommission hat eine neue Übersicht über ihre Impfeempfehlungen publiziert. Sie können gegen Einsendung eines mit 3 DM frankierten Rückumschlages bei RKI, Stresemannstr. 90-102, 10963 Berlin angefordert werden. In diesem Zusammenhang wird auch auf eine neue Publikation über die Aufklärung vor Schutzimpfungen verwiesen, in der medizinische und rechtliche Aspekte diskutiert und Empfehlungen für die Praxis ausgesprochen werden. Kopien dieses Artikels können bei der Ärztekammer Nordrhein angefordert werden (Anschrift siehe untenstehenden Kasten).

Quelle: Infektionsepidem. Forsch. Info 1/98 vom März 1998

NARKOSEMITTEL

Sexuelle Phantasien

Die AkdÄ berichtet über das Auftreten körperlich empfundener sexueller Phantasien nach der intravenösen Gabe von Benzodiazepinen wie Midazolam (Dormicum®) oder Diazepam (viele Handelspräparate) und insbesondere von Propofol (Disoprivan®, Klimofol®, Propofol Fresenius®, -Abbott®) nach kurzen Narkosen bei endoskopischen, gynäkologischen oder zahnärztlichen Eingriffen. Um möglichen juristischen Schwierigkeiten aus dem Weg zu gehen, empfiehlt die AkdÄ immer die Anwesenheit einer dritten Person bei diesen Eingriffen.

Quelle: Dt. Ärztebl. 1998; 95(12): C-531

ANALGETIKA-ASTHMA-SYNDROM

Diagnostik und Therapie

Die klassischen drei Symptome eines pseudoallergischen und damit dosisabhängigen Analgetika-Asthma-Syndroms bestehen in intrinsischem Asthma, Polyposis nasi und Intoleranzreaktionen auf Nicht-steroidale Antiphlogistika (NSAID) vom Typ der Cyclooxygenasehemmer. In einer Übersichtarbeit wird empfohlen, zum Nachweis dieses Syndroms und zur Verkleinerung des Risikos einen nasalen Provokationstest mit z.B. Lysin-Acetylsalicylsäure (L-ASS) in wäßriger Lösung (ab ca. 0,05 mg), bei negativem Befund eine inhalative Testung mit steigender Dosierung von 1,25 auf 25 mg L-ASS und erst dann die am weitesten verbreitete orale Provokation zu erwägen. Spätmessungen 6-8 Stunden nach der letzten Anwendung sind immer zu empfehlen.

Die Therapie dieses Syndroms besteht u.a. im Verzicht auf NSAID, in einer konventionellen Asthma-therapie und – bei zwingenden Indikationen für NSAID – in einer adaptiven Desaktivierung (aD) mit Dosissteigerungen bis täglich 500 mg oral. Die aD setzt ein hohes Maß an Mitarbeit des Patienten voraus, sie kann jedoch die Hyper sensitivität der Atemwege verringern und erlaubt z.B. die Einnahme von ASS zur Thrombozytenaggregationshemmung.

Quelle: Dt. med. Wschr. 1998; 123: 123

Ihr Ansprechpartner bei Rückfragen:
Dr. Günter Hopf, ÄK Nordrhein,
Tersteegenstr. 31, 40474 Düsseldorf,
Tel. (0211) 43 02-587